

תשאול לפני מתן חיסון

Influvac / Influvac tetra / Vaxigrip Tetra / Fluarix Tetra / Efluelda High Dose

שם המטופל: _____ ת.ז.: _____

האם חוסן בעבר לשפעת? כן / לא

במידה וכן, האם נצפו/ דווחו תגובות כלשהן לחיסון? כן / לא

(במידה והתשובה לשאלה היתה כן- לא לעשות את החיסון ולהפנות את המתחסן לרופא)

האם עד 6 שבועות לאחר קבלת חיסון שפעת קודם סבלת מתסמונת גיליאן ברה? כן / לא

(במידה והתשובה לשאלה היתה כן- לא לעשות את החיסון ולהפנות את המתחסן לרופא)

האם יש לך רגישות לביצים? כן / לא

(במידה והתשובה לשאלה היתה כן- לא לעשות את החיסון ולהפנות את המתחסן לרופא)

האם במהלך ה 24 שעות האחרונות סבלת מחום? כן / לא

(במידה והתשובה לשאלה היתה כן- לא לעשות את החיסון)

תינוקות בני פחות מ 12 חודשים- מתי קיבל חיסון למנינגוקוק B?

(חייב לפחות 3 ימים הפרש בין חיסון שפעת לחיסון מנינגוקוק B במידה ואין את הפרש

הנדרש לא לעשות את החיסון)

שם האחות _____ תאריך _____